

## CUESTIONARIO HISTORIA CLINICA

Todas las preguntas son estrictamente confidenciales y serán parte de su historial y registro médico.

<b>Nombre y Apellido:</b>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Fecha Nacimiento:</b> (mm/dd/aa)
<b>Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
<b>Medico Anterior o quien lo refiere:</b>	<b>Fecha de último examen físico:</b>	
<b>Farmacia Preferida:</b>		
<b>Laboratorio Preferido:</b>		

### HISTORIA CLINICA

<b>Inmunizaciones y Fechas</b>	<input type="checkbox"/> Tétano / Tdap	<input type="checkbox"/> COVID	<input type="checkbox"/> Pneumovax 23 <input type="checkbox"/> Prevnar 13
	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> MMR <i>(Sarampion, Paperas y Rubeola)</i>
	<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> Herpes Zoster	

#### Indique algún otro problema de salud que le hayan diagnosticado

- |                                                    |                                          |                                                                  |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión              | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia  | <input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria                    |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Tipo __ | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño | <input type="checkbox"/> Evento Cerebral Isquémico / Hemorrágico |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo            | <input type="checkbox"/> EPOC            | <input type="checkbox"/> Reflujo Gástrico                        |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal Crónica  | <input type="checkbox"/> Asma            | <input type="checkbox"/> Otro _____                              |

#### Cirugías

Año	Razón	
	<input type="checkbox"/> Colectomía <input type="checkbox"/> Histerectomía	Otras:
	<input type="checkbox"/> Apendectomía <input type="checkbox"/> Cirugía de Corazón	
	<input type="checkbox"/> Reemplazo de Cadera <input type="checkbox"/> Cirugía Bariátrica	
	<input type="checkbox"/> Reemplazo de Rodilla <input type="checkbox"/> Mastectomía	

- |                                                    |                             |                             |
|----------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Ha tenido alguna vez transfusión sanguínea?</b> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <b>Es usted testigo de Jehova?</b>                 | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

**Indique todos los medicamentos prescritos y no prescritos tales como suplementos, vitaminas e inhaladores**

Nombre del Medicamento o Suplemento	Dosis	Frecuencia

**Alergias Tipo de Reacción**

Alergias	Tipo de Reacción

**HABITOS PERSONALES Y DE SALUD**

TODAS LAS PREGUNTAS SON OPCIONALES DE RESPONDER Y SERAN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES

<b>Ejercicio Físico</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No # días x semana _____		
<b>Cafeína</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	# tazas/por día?
<b>Alcohol</b>	Ingiere Alcohol?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Cuántas copas / tragos por día?		
<b>Tabaco</b>	Es usted fumador?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Cigarrillos – unid./ día	<input type="checkbox"/> Masticable - #/ día	<input type="checkbox"/> Pipa - #/ día <input type="checkbox"/> Cigarros - #/ día
<b>Drogas</b>	Usa usted alguna droga de tipo recreacional?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Cuál(es):		

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

	EDAD	ENFERMEDADES RELEVANTES		EDAD	ENFERMEDADES RELEVANTES
<b>Padre</b>			<b>Hijos</b>	<input type="checkbox"/> M	
				<input type="checkbox"/> F	
<b>Madre</b>				<input type="checkbox"/> M	
				<input type="checkbox"/> F	